

介護保険に関する審査請求(不服申立て)のご案内

東京都にある区市町村が行った、要介護認定や介護保険料の徴収等、介護保険に関する行政処分に不服があるときは、介護保険法及び行政不服審査法等に基づき、東京都介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。

1 審査請求とは

審査請求では、区市町村が行った行政処分の取消しを求めることができます。介護保険審査会は、処分に違法または不当な点がないかを審査し、審査請求に理由があると認めるときは、裁決により処分の全部又は一部を取り消し、区市町村が改めて処分をやり直すこととなります。(したがって、要介護認定に関する審査請求において、介護保険審査会が独自に認定をやり直すものではありません。)

2 審査請求ができる方

行政処分を受けた本人、またはその処分によって、直接自己の権利や利益を侵害された人に限られます。ただし、委任状を作成することにより、代理人が審査請求をすることもできます。

3 審査請求をすることができる期間

原則として、処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内です。

4 審査請求の方法

審査請求書を作成し、提出することにより行います。作成については、次ページ「審査請求書の提出及び記入方法」をご覧ください。

5 審査請求書の提出先

東京都介護保険審査会(下記参照)に提出するほか、処分を行った区市町村の介護保険担当課に提出することもできます。

提出は、窓口にご持参いただくほか、郵送でもできます。ただし、審査請求書に押印していただく必要があるため、ファックスまたは電子メールによる提出はできません。

審査請求の詳細については、下記へお尋ねください。

東京都介護保険審査会(事務局)

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎24階北側

東京都福祉保健局 高齢社会対策部 介護保険課 審査請求係

電話：03-5320-4293 ファックス：03-5388-1395

電子メール：S0000615@section.metro.tokyo.jp

審査請求書の提出及び記入方法

記入例

1 提出書類及び提出部数

- (1) 審査請求書 **2通** (2通ともに押印すること)
- (2) 委任状 (代理人が審査請求をする場合のみ提出) **1通**
- (3) 審査請求に関する処分通知の写し **2通**
- (4) その他添付資料 **2通**

2 記入方法

以下の記入例を参考に、審査請求書に記入してください。なお、処分通知は、区市町村ごとに様式が異なります。

処分通知(見本)

〒 160-0000
〇〇区△△1-2-3
介護 努 様

平成25年10月10日

〇〇区長 〇〇〇

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

平成〇〇年〇月〇日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し、通知します。

| | |
|--------|------------|
| 被保険者番号 | 0000123456 |
| 被保険者氏名 | 介護 努 |
| 判定結果 | 要介護1 |
| 判定日 | 平成〇〇年〇月〇日 |

<不服申立て及び取消訴訟>

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、東京都介護保険審査会(東京都庁内)に対し審査請求をすることができます。

.....

<問い合わせ先>

〇〇区介護保険課

.....

[様式]

審査請求書

平成 25 年 10 月 20 日

東京都介護保険審査会 会長 殿

審査請求人 (又は代理人)

氏 名 介護 太郎 印

次のとおり審査請求をします。

| | | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------|-----|--------------|
| ① 原処分の名あて 人たる被保険者 | 住 所 | 〒 160-0000 東京都〇〇区△△1-2-3 | | |
| | 氏 名 | 介護 努 | 電 話 | 03-1234-5678 |
| | 生年月日 | 昭和10年 8月 7日生 | 年 齢 | 78 歳 |
| 被保険者番号 | | 0000123456 | | |
| ② 審査請求人 ①と同一の場合は 省略できます。 | 住 所 | 〒 | | |
| | 氏 名 | | 電 話 | |
| 被保険者との関係 | | | | |
| ③ 代 理 人 | 住 所 | 〒 190-0000 東京都〇〇市△△町4-5-6 | | |
| | 氏 名 | 介護 太郎 | 電 話 | 042-345-6789 |
| ④ 審査請求に係る処分 | 処分庁 <u>〇〇区長</u> が平成 25 年 10 月 10 日付けで 行なった <u>介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知</u> | | | |
| ⑤ 処分があったことを知った日 | 平成 25 年 10 月 12 日 | | | |
| ⑥ 審査請求の趣旨 | 上記④に記載した処分を取り消すとの裁決を求める。 | | | |
| ⑦ 審査請求の理由 | (具体的に記入してください。この欄に書ききれないときは、 別紙を用意して記入してください。) | | | |
| ⑧ 処分庁教示の有無 及び教示の内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 この通知について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、東京都介護保険審査会(東京都庁内)に対し審査請求をすることができます。 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| ⑨ 添付書類等 | 介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書(写) | | | |

[様式]

審査請求書

平成 25 年 10 月 20 日

東京都

原処分の名あて人たる被保険者と審査請求人が同一の場合は、原処分の名あて人たる被保険者の氏名を記入
代理人がいる場合は、代理人の氏名を記入

審査請求人（又は代理人）

氏名 介護 太郎

印

次のとおり審査請求をします。

| | | | | |
|----------------------------|---|---|----|--------------|
| ① 原処分の名あて人たる被保険者 | 住所 | 〒 160-0000 東京都〇〇区△△1-2-3 | | |
| | 氏名 | 介護 努 | 電話 | 03-1234-5678 |
| | 生年月日 | 昭和10年 8月 7日生 | 年齢 | 78 歳 |
| | 被保険者番号 | 0000123456 | | |
| ② 審査請求人 ①と同一の場合は省略できます。 | 住所 | ①原処分の名あて人たる被保険者と②審査請求人が同一の場合は、①の欄に住所、氏名等を記入 (この欄は、要介護認定に関する審査請求には用いません。) | | |
| 被保険者との関係 | | | | |
| ③ 代理人 | 住所 | 〒 190-0000 東京都〇〇市△△町4-5-6 | | |
| | 氏名 | 介護 太郎 | 電話 | 042-345-6789 |
| ④ 審査請求に係る処分 | 処分庁 〇〇区長 が平成 25 年 10 月 10 日付で行った 介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知 | | | |
| ⑤ 処分があったことを知った日 | 平成 25 年 10 月 12 日 | | | |
| ⑥ 審査請求の趣旨 | 上記④に記載した処分を取り消すとの裁決を求 | | | |
| ⑦ 審査請求の理由 | 上記④に記載した処分を取り消すとの裁決を求 「〇〇通知」と記入 (末尾の「書」は入れない) | | | |
| ⑧ 処分庁教示の有無及び教示の内容 | (具体的に記入してください。この欄に書ききれないときは、別紙を用意して記入してください。) | | | |
| | 有 | この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、東京都介護保険審査会（東京都庁内）に対し審査請求をすることができます。 | | |
| ⑨ 添付書類等 | 介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書（写） | | | |

処分通知の写しを添付したうえで、「別添の通知書(写)のとおり」と記載しても可

委任状

審査請求書の「③代理人」の欄
と同一の住所、氏名を記入

代理人

(住所) 東京都〇〇市△△町4-5-6

(氏名) 介護 太郎

私は、上記の者を代理人と定めて、下記の権限を委任します。

- 1 処分庁 〇〇区長 が平成 25 年 10 月 10 日 付けで行った
介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知 の処分に
ついて、審査請求をすることに関する一切の権限
- 2 1に記載した審査請求を取り下げる権限

審査請求書の「④審査請求に係
る処分」の欄と同一の内容を記入

審査請求書の「①原処分の名あて人たる被
保険者」または「②審査請求人」の欄と同一
の住所、氏名を記入して押印

審査請求人

(住所) 東京都〇〇区△△1-2-3

(氏名) 介護 努

印